

Oggetto: scelta del fornitore del servizio di assistenza domiciliare nella modalità dell'accreditamento
(AREA MINORI DISABILI)

Il sottoscritto _____ in qualità di

familiare del/la Sig. /ra _____

utente del servizio di assistenza domiciliare erogata dal Comune di _____

dichiara di essere stato informato sulle procedure di erogazione del servizio di assistenza domiciliare nella
"modalità dell'accreditamento" e di accogliere la proposta di erogazione del servizio in tal senso.

A tal fine dichiara di scegliere la ditta :

Ditta _____

In Fede _____

Data _____

Denominazione	Sede Legale	Sede Operativa	Recapito telefonico
CONSORZIO ITALIA Coop.Soc.	Napoli- Via Nuova Poggioreale n. 11		081/19319664 Fax 081/19319665
FORTURELLA Coop. Soc.	Qualiano - Via S. Maria a Cubito 253		Tel. e Fax 081 - 8198113
ICARO CONSORZIO	S.Maria Capua Vetere (CE) -Via Merano 2		Tel.0823/890188 Fax 0823/890232
INCONTRO Coop.Soc.	Qualiano Via S. Maria a Cubito n.253		081/8198113
LA RINASCITA Coop. Soc.	Mugnano - Via C. Pavese Il Trav. n. 8	Mugnano - Via IV Martiri n. 8	Tel e Fax 081-0203718
MONDO IN CAMMINO Coop. Soc.	Napoli - Via G. Porzio n. 4 Centro Direzionale di Napoli -Isola G/8	Napoli - Via G. Porzio n. 4 Centro Direzionale -Isola G/8	Tel. e Fax 081-19715656
SOLIDALIA ONLUS Coop.Soc.	Villaricca- C.so Vittorio Emanuele 40	Aversa- Via Michelangelo 44	Tel e Fax 081/19004399
URSA MAJOR Coop.Soc.	Giugliano- Via G.Campagna n. 4		Tel e Fax 081/8954883